

گزارش نتایج هموروئیدوپکسی با استاپلر در ۴۷ مورد هموروئیدهای پرولابۀ علامت‌دار

دکتر فرزانه ابراهیمی فرد*، دکتر علی ستایش**، دکتر حشمت‌الله کلباسی***

خلاصه:

زمینه و هدف: علیرغم ارائه روش‌های درمانی متنوع در برخورد با هموروئید علامت‌دار، هنوز موفق‌ترین راه درمان آن، روش جراحی است. وجود مسائلی از قبیل درد شدید بعد از عمل، اختلالات دفع و طولانی بودن نسبی عمل جراحی و دوره نقاهت بعد از آن، محققان را بر آن داشت که به دنبال روشی جایگزین روش مرسوم مولیگان - مورگان باشند. مطالعه حاضر بررسی نتایج تجربیات ما در عمل هموروئیدوپکسی با استاپلر است که به عنوان یکی از این روش‌ها مطرح شده است.

مواد و روش‌ها: از سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۵، ۴۷ بیمار (۳۱ مرد و ۱۶ زن) با میانگین سنی ۵۳ سال در بیمارستان آراد تهران تحت عمل هموروئیدوپکسی با استاپلر قرار گرفتند. تمام بیماران حداقل یک بار، ۶ ماه بعد از عمل معاینه شدند. تعداد ۱۱ بیمار هموروئید درجه ۲ (۲۳/۴٪)، ۳۰ بیمار هموروئید درجه ۳ (۶۳/۹٪)، ۵ بیمار هموروئید درجه ۴ (۱۰/۶٪) و یک بیمار پرولاپس (۲/۱٪) داشتند. میانگین زمان پیگیری ۳۰ ماه بود.

یافته‌ها: میانگین زمان عمل جراحی ۳۸ دقیقه (۳۰ تا ۶۰ دقیقه) و متوسط زمان اقامت در بیمارستان ۱/۳ روز (۱ تا ۳ روز) بود. هنگام عمل، عارضه‌ای رخ نداد. پس از عمل، میزان موفقیت در مجموع ۴۰ مورد (۸۵/۱٪) بود و ۴ مورد (۸/۵٪) عوارض بعد از عمل داشتند. مورد اول بیماری بود که در فاصله ۴۸ ساعت پس از عمل دچار خونریزی شد و با بستری مجدد تحت بررسی قرار گرفت و چون یافته پاتولوژیک نداشت با دریافت ۲ واحد خون مرخص شد. تعداد ۲ بیمار پرولاپس مجدد هموروئید داشتند که اولی با تزریق اسکروزان و دومی با برداشتن پاکه (Pocket) با بی‌حسی موضعی درمان شدند. بیمار چهارم دچار احتباس ادرار و عفونت مثانه شده بود که سابقه قبلی مشکلات ادراری داشت و با درمان طبی بهبود یافت. هیچ اشکال عملکردی یا بی‌اختیاری در دفع گاز یا مدفوع مشاهده نشد. در یک پیگیری ۳۰ ماهه، ۹۴٪ بیماران از نتیجه عمل رضایت داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به درد و ناراحتی شدید و دوره نقاهت بعد از عمل جراحی کلاسیک برای هموروئیدهای پرولابۀ، هموروئیدوپکسی با استاپلر می‌تواند جایگزینی مطمئن برای درمان این گونه بیماران باشد. از امتیازهای این روش، کاهش درد پس از عمل است، ضمن این که نتایج دراز مدت آن، از نظر عوارض هنگام عمل و بعد از عمل، در مقایسه با جراحی کلاسیک، قابل قبول است.

واژه‌های کلیدی: هموروئیدوپکسی، استاپلر، هموروئید

نویسنده پاسخگو: دکتر فرزانه ابراهیمی فرد

تلفن: ۰۹۰-۲۲۰۷۴۰۹۰

Email: f_ebrahimifard@yahoo.com

* استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان مدرس، بخش جراحی عمومی

** استادیار طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان آراد، بخش جراحی عمومی

*** رئیس انجمن جراحان درون‌بین ایران، بیمارستان آراد

تاریخ وصول: ۱۳۸۴/۰۸/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۶/۰۳/۰۱

زمینه و هدف

هموروئیدوپکسی علامت‌دار با تظاهرات درد و خونریزی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های آنورکتال است. در حدود ۸۸٪ افرادی که به علل مختلف تحت رکتوسکوپي قرار گرفته‌اند، مشکل هموروئید داشته‌اند. تا به حال روش‌های مختلفی برای درمان این بیماران مطرح شده است. اسکروتراپی (Sclerotherapy)، فتوکواگولاسیون (Photocoagulation)، استفاده از باندهای لاستیکی (Rubber Band) و کرایوتراپی (Cryotherapy) از جمله این روش‌ها بوده‌اند که در نهایت شیوه جراحی کلاسیک را نیز باید بر آنها افزود. بر اساس آنچه در مطالعات متعدد ثابت شده است موفق‌ترین راه درمان، به خصوص در مورد هموروئیدهای درجه ۳ و ۴، درمان جراحی بوده است. در سال ۱۹۳۷ Milligan و Morgan روش هموروئیدکتومی باز مرسوم را به جامعه جراحی معرفی کردند و از آن زمان این روش همچنان یکی از پرطرفدارترین روش‌های انجام جراحی هموروئید به شمار آمده است. وجود مسائلی از قبیل درد شدید بعد از عمل، اختلالات دفع، طولانی بودن نسبی زمان عمل جراحی و همین‌طور دوره نقاهت که بازگشت بیمار به فعالیت‌های عادی روزمره را به تأخیر می‌انداخت، محققین را بر آن داشت که به دنبال روش‌های جراحی دیگری برای اجتناب از این مسائل باشند.^۱

تئوری بالشتک‌های هموروئید که توسط تامسون مطرح شد؛^۲ ایجاد هموروئید را در نتیجه شل شدن بافت‌های نگهدارنده بالشتک‌هایی مشتمل بر ناحیه زیر مخاط ضخیم شده، عروق خونی و بافت‌های همبند الاستیکی که روی اسفنکتر داخلی در ناحیه مقعد قرار گرفته‌اند، می‌داند. با نزول تدریجی این بالشتک‌ها و پرولاب شدن آنها تخلیه وریدی مختل شده و به تدریج احتقان وریدی ایجاد می‌شود و علائم بیماری بروز می‌کند. بر اساس این تئوری، Longo از ایتالیا در سال ۱۹۹۸، روش هموروئیدوپکسی با استاپلر را به عنوان یک روش درمان هموروئید معرفی کرد.^۳ در این روش با برش حلقوی و اتصال مجدد مخاط و زیر مخاط رکتوم در ناحیه غیر حساس بالاتر از خط دندانهای با استفاده از استاپلر حلقوی از طریق بالا کشیدن بالشتک‌های هموروئید از یک طرف و قطع شریان‌های موجود در این ناحیه و کاهش حجم خون وارده به نواحی هموروئیدال از سوی دیگر، درمان مطلوب انجام می‌شود. ضمن این که در این عمل بافت داخل کانال آنال و پوست اطراف ناحیه آنال که غنی از فیبرهای عصبی است و دستکاری آنها در طی

عمل کلاسیک هموروئید باعث ایجاد درد و ناراحتی شدید بعد از عمل می‌شود، سالم باقی می‌ماند و منجر به درد کمتر بعد از عمل و رضایتمندی بیشتر بیمار می‌شود.^{۱-۳}

مواد و روش‌ها

این مطالعه بر روی ۴۷ بیمار که در فاصله سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۵ در بیمارستان آراد تهران با استاپلر تحت درمان هموروئید پرولاب علامت‌دار درجه ۲ و ۳ و ۴ قرار گرفتند، انجام شده است. تمامی این بیماران پس از آماده‌سازی روده با یک وعده روغن کرچک، عصر روز قبل از عمل و تنقیه با نرمال سالین صبح روز عمل، بدون دریافت آنتی‌بیوتیک قبل و هنگام عمل و با بی‌حسی از طریق اپی‌دورال تحت عمل جراحی قرار گرفتند. این بیماران برای بررسی نتایج عمل و عوارض احتمالی بعد از عمل به مدت یک ماه تحت کنترل دقیق قرار داشتند و حداقل یک بار معاینه شدند و از نظر ارزیابی درازمدت و مفید بودن این روش، در فاصله ۶ ماه بعدی، حداقل یک بار تحت بررسی مجدد بالینی و آنوسکپی قرار گرفتند.

تکنیک عمل جراحی

این عمل در ۵ مرحله و به ترتیب زیر انجام می‌شود:

- ۱- جاناندازی بافت پرولاب که معمولاً با هدایت هموروئید خارج شده با دست به داخل کانال آنال و سپس رد کردن دیلاتاتور (گشاد کننده) ناحیه آنال صورت می‌گیرد.
- ۲- دیلاتاسیون ملایم کانال آنال برای جاگذاری وسیله
- ۳- رد کردن نخ برای انجام یک Purse-String Suture
- ۴- قرار دادن و شلیک استاپلر
- ۵- کنترل هر گونه خونریزی در خط آناستوموز (تصویر ۱).

از نظر تکنیکی مهم‌ترین قسمت، انجام Purse-String Suture است و باید دقت شود که این بخیه ۳ تا ۴ سانتیمتر بالاتر از خط دندانهای و با عمق مناسب انجام شود (تصویر ۲). این بخیه حتماً باید دربرگیرنده کل بافت‌های مربوطه در طول مسیر باشد در غیر این صورت درد بعد از عمل و عود پرولاپس اجتناب‌پذیر نخواهد بود. در مورد خانم‌ها در طی انجام بخیه باید مراقب دیواره خلفی واژن و نزدیکی آن با دیواره رکتوم بود.^۴

ماه بود. از نظر نتیجه عمل، به طور کلی این عمل در ۸۵/۱٪ موارد (۴۰ مورد) کاملاً موفقیت آمیز بود و در ۴ مورد (۸/۵٪) عارضه گزارش شد.

دو مورد پرولاپس مجدد در دو بیمار مرد با هموروئید درجه ۴ که یکی با تزریق اسکروزان و دیگری با برداشت Pile پرولاپه هموروئید با بی حسی موضعی درمان شدند. یک مورد خونریزی شدید تا ۴۸ ساعت بعد از عمل که منجر به افت هموگلوبین شد. این بیمار مجدداً در بیمارستان بستری شد و در رکتوسکپی یافته پاتولوژیک واضحی مشاهده نشد و بیمار پس از دریافت ۲ واحد خون و ۲۴ ساعت تحت نظر بودن مرخص شد. این بیمار بعد از آن مشکلی نداشته است. آخرین بیماری که دچار عارضه پس از عمل شده بود در تخلیه ممانه مشکل داشت که در بررسی انجام شده با تشخیص عفونت ممانه (Cystitis) تحت درمان طبی قرار گرفت و مشکل بیمار حل شد. به نظر می‌رسید که بیمار از قبل مسائل ادراری داشته است.

بحث

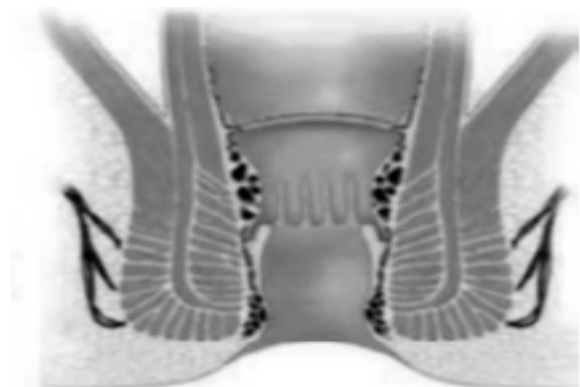
تاکنون مطالعات متعدد تصادفی و کنترل شده‌ای برای مقایسه روش هموروئیدوپکسی با هموروئیدکتومی مرسوم انجام شده و در بیشتر آنها از جمله مطالعات Abcarian و Shalaby و همکاران آنها همگی درد کمتر بعد از عمل، درد کمتر با اولین نوبت اجابت مزاج و بازگشت مجدد سریعتر به فعالیت‌های روزمره با هموروئیدوپکسی با استاپلر مورد تأیید قرار گرفته است.^{۶۵}

از نظر میزان بروز عوارض، عده‌ای حتی این روش را ایمن‌تر از عمل باز دانسته‌اند و در مطالعات دیگر نیز اختلال در دفع، عدم کنترل گاز و مدفوع و احتباس ادراری یا مدفوعی که به علت اندازه استاپلر به کار رفته مورد پرسش قرار داشت، در هیچیک از موارد ایجاد نشده است. البته در بیشتر این مطالعات هنوز پیگیری درازمدتی از این بیماران صورت نگرفته است اما در مطالعه‌ای که توسط Ortiz و همکارانش انجام شد پیگیری بیماران نشان داد که ۷ مورد عود پرولاپس از ۲۷ مورد هموروئیدوپکسی در مقابل عدم وجود عود در بیمارانی که با هموروئید درجه ۴ تحت عمل جراحی قرار گرفتند وجود داشته است.^۷

در همین زمینه، در مطالعه‌ای که توسط Ganio و همکارانش صورت گرفته به نکته ظریفی اشاره شد^۸ و آن این که در تفسیر وقوع پرولاپس هموروئید گاهی بین پزشک و بیمار



تصویر ۱- نحوه قرارگیری استاپلر در داخل کانال آنال پس از انجام بخیه Purse-String



تصویر ۲- شکل شماتیک بعد از عمل هموروئیدوپکسی با استاپلر. محل دوخت مخاطی بالای خط دندانهای مشخص است.

یافته‌ها

تعداد ۳۱ مرد (۶۶٪) و ۱۶ زن (۳۴٪)، جمعیت مورد مطالعه را تشکیل دادند. دامنه سنی افراد تحت عمل قرار گرفته بین ۲۶ تا ۸۰ سال و میانگین سنی آنان ۵۱/۵ سال بود. بر اساس درجه‌بندی انواع هموروئید، ۲۳/۴٪ بیماران هموروئید درجه ۲ (۱۱ مورد)، ۶۳/۹٪ هموروئید درجه ۳ (۳۰ مورد)، ۱۰/۶٪ هموروئید درجه ۴ (۵ مورد) و یک مورد نیز پرولاپس رکتوم داشتند. میانگین زمان عمل ۳۸ دقیقه (۳۰ تا ۶۰ دقیقه) و میانگین اقامت در بیمارستان ۱/۳ روز (۱ تا ۳ روز) بود. بیماران بین ۶ ماه تا ۵ سال پیگیری شدند که متوسط زمان پیگیری ۳۰

رکتوم بوده است^۱ و اینجاست که مثل هر عمل جراحی دیگری نقش مهم طی کردن یک دوره یادگیری، خود را نشان می‌دهد. در همین زمینه، یک گروه بین‌المللی با حضور برجسته‌ترین جراحان آنورکتال در نشست‌هایی که داشتند موارد اندیکاسیون و کنتراندیکاسیون و تکنیک دقیق این عمل را تعیین کردند و از دیدگاه منحنی آموزشی (Learning Curve) تجربه جراحی آنورکتال و درک آناتومی ناحیه را برای انجام این عمل به همراه تجربه کار با استاپلر حلقوی یک پیش نیاز دانسته و سپس گذراندن یک دوره شامل مباحث تئوری، فیلم ویدئویی، استفاده از وسیله بر روی مدل و مشاهده عمل جراحی توسط افراد با تجربه و سپس انجام عمل زیر نظر اساتید فن را برای تکمیل منحنی آموزشی توصیه کردند.^۱

از نظر مخارج، علیرغم هزینه بیشتر برای تهیه وسایل خاص این عمل، با توجه به بازگشت سریعتر بیماران به جامعه (حداقل ۴ روز زودتر)، این شیوه درمانی از نظر اقتصادی نیز می‌تواند مقرون به صرفه باشد.^۱

نتیجه‌گیری

با توجه به این که عمل جراحی سنتی برای هموروئیدهای درجه ۳ و ۴ با درد و ناراحتی شدید و طی دوره نقاهت طولانی همراه است، هموروئیدوپکسی با استاپلر می‌تواند جایگزینی مطمئن و مؤثر برای درمان هموروئیدهای پرولاپسه به شمار آید که ضمن کاهش درد بعد از عمل، بازگشت هر چه سریعتر بیمار به فعالیت‌های عادی را نیز به همراه دارد.

تفاوت نظر وجود دارد. از آنجا که هدف نهایی از عمل نیز بر اساس نوع آن می‌تواند متفاوت باشد، موضوع از دیدگاه دیگری نیز قابل بررسی است به این معنی که در هموروئیدکتومی با استاپلر هدف رفع پرولاپس، بهبود درناژ وریدی و در نتیجه رفع پرخونی بالشتک‌های هموروئید و کاهش میزان خونریزی است درحالی که در هموروئیدکتومی به روش مرسوم سنتی با برداشتن خود بالشتک‌ها سعی در برطرف کردن خونریزی می‌شود. بنابراین ارزیابی عوارض در رابطه با پاسخ درمانی می‌تواند معیار بهتری برای مقایسه دو روش نسبت به مقایسه نتایج آنها تنها از نظر آناتومیک باشد. به این صورت باقی ماندن بالشتک‌هایی از نسج فیبر و پوست که متورم به نظر می‌رسند و به تدریج کوچکتر می‌شوند شاید در اعمال هموروئیدوپکسی در موارد هموروئیدهای درجه ۴ و بزرگ، با توجه به شکل عمل، خیلی خارج از انتظار نباشد و نباید به عنوان یک نتیجه قطعی نامطلوب به آن نگریست. در یکی از آخرین مطالعات انجام شده^۹ و در یک پیگیری حداقل ۳۳ ماهه، هیچ تفاوت واضحی بین دو روش از لحاظ کیفیت زندگی، علائم و نشانه‌های بعد از عمل و نتیجه نهایی از نظر عملکرد وجود نداشته است و مهمتر آنکه هیچیک از بیماران دچار سندرم درد طولانی بعد از عمل یا نیاز فوری به اجابت مزاج که قبل از این گزارش شده بود، نشده بودند و در مطالعه ما نیز این مطلب تأیید شد.

البته در این شیوه درمانی که از نظر تکنیکی چندان سخت هم به نظر نمی‌رسد، مشکلات جدی هم گزارش شده است. از جمله این مشکلات باز شدن آناستوموز که نهایتاً منجر به کلهستومی شده، پارگی رکتوم، عفونت شدید لگن و انسداد

Abstract:

Report of Hemorrhoidopexy with Stapler in 47 Patients with Prolapsed Hemorrhoid

Ebrahimifard F. MD^{}, Setayesh A. MD^{**}, Kalbasi H. MD. FACS.FRCS (ENG)^{***}*

Introduction & Objective: Significant postoperative pain, defecation problems and relatively long recovery period encouraged researchers to find a safe substitute for conventional Milligan - Morgan hemorrhoidectomy. This study shows the results of our experience with stapled hemorrhoidopexy as one of these methods

Material & Methods: From 1999 to 2005, 47 patients (31 male and 16 female) with an average age of 53 years underwent stapled hemorrhoidopexy in Arad General Hospital. All of these patients were prospectively evaluated for 6 months after surgery. The degree of hemorrhoids were grade 2 in 23.4%, grade 3 in 63.9%, grade 4 in 10.6% and one case of rectal prolapse.

Results: The average length of operation was 38 min (30-60 min). Mean hospital stay was 1.3 days (1- 3 days). There was no intraoperative complication. The number of 4 cases (8.5%) was complicated: One case with rectal bleeding readmitted 48 hours after surgery. There was no pathologic finding in rectoscopy; after receiving 2 packed cell unit the patient was discharged. In 2 cases of re prolapse, one case was treated by sclerosing injection and the other by local resection of hemorrhoidal pile; and finally, one case with postoperative urinary retention and cystitis had history of urinary problems before the surgery. Neither functional nor incontinency to gas and liquids was presented with a mean follow up of 30 months. Overall of 85.1% (40 cases) of patients were fully satisfied.

Conclusions: In spite of severe pain and discomfort and often a prolonged recovery period after conventional operation, stapled hemorrhoidopexy is an effective and safe alternative means of treating prolapsing hemorrhoid. Besides of decreased or eliminated postoperative pain, perioperative and late complications rate were also totally acceptable.

Key Words: Hemorrhoidopexy, Stapler, Hemorrhoid

^{*} Assistant Professor of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Modares Hospital, Tehran, Iran

^{**} Assistant Professor of General Surgery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Arad Hospital, Tehran, Iran

^{***} Department of General Surgery, Arad Hospital, Tehran, Iran

References:

1. Cima RR, Pemberton JH. Stapled hemorrhoidopexy, ACS Surgery, 2004; (www.medscape.com/viewarticle/472059).
2. Thomson WHF. The nature of hemorrhoids, Br J Surg 1975; 62: 542.
3. Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure. Proceedings of the sixth world congress of endoscopic Surgery. 1998; Rome, Italy.
4. Ho YH, Seow-choen F, Tsang C, ED KW. Randomized trial assessing anal sphincter injuries after stapled hemorrhoidectomy, Br J Surg 2001; 88: 1449-55.
5. Abcarian A et al. Early experience with stapled hemorrhoidopexy in the US. Dis Colon Rectum 2002; 45(3): 360-7.
6. Shalaby R, Desoky A. Randomized clinical trial of stapled versus Milligan - Morgan haemorrhoidectomy. Br J Surg 2001; 88: 1049-53.
7. Ortiz H, Marzo J, Amendariz P. Randomized clinical trial of stapled hemorrhoidopexy versus conventional diathermy haemorrhoidectomy. Br J Surg 2002; 89: 1376-82.
8. Ganio E, Altomare DF, Gabrielli F, Milito G and Cannti S. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open hemorrhoidectomy. Br J Surg 2001; 88: 669-74.
9. Smyth EF, Baker RP, Wilken BJ et al. Stapled versus excision haemorrhoidectomy long term follow up of a randomized control trial. Lancet 2003; 361: 1437.
10. Cormann ML, Gravie JF et al. Stapled hemorrhoidopexy; a consensus position paper by an international working party-indications, contraindications and technique. Colorectal dis 2003; 5(4): 304-10.